FIOCRUZ

PROPOSTA
Jornal da Reforma Sanitária

16

radis
REUNIÃO, ANÁLISE E DIFUSÃO DE INFORMAÇÃO SOBRE SAÚDE

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ - MANGUINHOS

JULHO DE 1989

CLIENTELISMO AMEAÇA SISTEMA ÚNICO

DISCUSSÕES SOBRE LEI ORGÂNICA DA SAÚDE PÕEM À MOSTRA SUBMISSÃO DO SISTEMA AO FISIOLOGISMO POLÍTICO

FOTO DANIEL ANDRADE/GAIA

PÁGINAS 3 A 12

O RADIS esteve presente a três importantes fóruns que debateram a futura lei orgânica da saúde — os simpósios sobre saúde e previdência social promovidos pela Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados e o VI Encontro dos Secretários Municipais de Saúde, realizado em Porto Alegre — e identificou um consenso em relação à implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) aprovado pela Constituinte: para que a futura lei orgânica do setor assegure a implantação do SUS, é indispensável uma mudança radical no atual modelo econômico recessivo e o fim do clientelismo político dentro do sistema.

Os representantes das instituições da sociedade civil, organismos governamentais presentes aos dois simpósios em Brasília e os dirigentes dos 600 municípios presentes a Porto Alegre, aprovaram propostas relativas ao financiamento do setor, à política de recursos humanos, a relação entre setor público e privado, ciência e tecnologia em saúde, saúde do trabalhador, transplante de órgãos, sangue e derivados, organização, gestão e participação popular no sistema.

No encontro do Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (Conasems), mil representantes de municípios (foto) de 18 estados brasileiros denunciaram o boicote do Governo Federal ao processo de municipalização da saúde e afirmaram que o setor "vive as mesmas dificuldades de outras áreas das políticas públicas do país, acossado pelo clientelismo pernicioso e atacado pela política recessiva". Para superar isto, os secretários municipais aprovaram a criação "de uma força social popular capaz de levar adiante, até às últimas conseqüências, uma verdadeira e radical Reforma Sanitária que o Brasil exige.

CARTAS

Alimentando um ideal

Desde dezembro de 88 não recebemos o RADIS e temos sentido bastante falta de informações, especialmente neste momento de transição do sistema de saúde que estamos vivendo, em que há tantas forças contrárias querendo corromper suas bases.

Fazemos parte da 20ª Regional de Saúde (Toledo) da Secretaria de Saúde e Bem-Estar Social do Paraná e vivemos a unificação com todos os seus percalços, necessitando muitas vezes alimentar nosso ideal através de uma boa leitura e o RADIS tem servido como injeção de ânimo.

Marli Terezinha Sonza __ Curitiba (PR)

Sem intimidação

Desejo cumprimentar a todos que contribuem para a edição do jornal PROPOSTA e das revistas SUMULA, DADOS e TEMA. Todo esse material publicado pelo RADIS possui um conteúdo crítico, científico e que não se intimida em mostrar a triste situação em que o país se encontra.

Após me comunicar com vocês por carta, passei a receber todas as publicações do RADIS, entretanto, após o número 15 do PROPOSTA, de dezembro de 1988, deixei de receber.

Espero que esta Fundação faça todo o possível pela continuidade deste trabalho e espero que me comuniquem sobre a possibilidade de continuar recebendo suas publicações.

Silvia Rocha __ Curitiba (PR)

Sério e competente

Já há algum tempo tenho lido o material publicado pelo RADIS, que considero excelente. Acho sério e competente o pessoal responsável pelo mesmo.

Gostaria de voltar a receber estas publicações em minha casa, pois trabalho na área da saúde e me sinto comprometida com a proposta que procura viabilizar a saúde como um direito de todos e dever do Estado, o que, diga-se de passagem, está cada vez mais difícil. Apesar do sistema único de saúde (SUS) estar consagrado na Constituição, as dificuldades na prática parece que se multiplicam.

Lélia de Moraes Saldanha __ Fortaleza (CE)

Valioso material

Saudações e parabéns pelo trabalho! Venho em nome da equipe da Pastoral de Saúde da Prelazia de Itacoatiara, no Amazonas, informar que tivemos contato com o PROPOSTA e a SÚMULA na casa de uma amiga, médica, e queremos saber como podemos fazer uma assinatura para receber suas publicações, com o objetivo de desenvolver melhor nosso trabalho de conscientizar o povo sobre a nova estrutura de saúde no país. Ficaremos muito gratas se pudermos receber este valioso material.

Irmã Regina Wachowski __ Itacoatiara (AM)

Medicina preventiva

Recebia regularmente as publicações do PROJETO RADIS, que me colocavam as informações sobre a saúde em termos nacionais e até internacionais. Parabenizo-os pelo acompanhamento que fizeram sobre a saúde na Constituinte e gostaria de continuar recebendo suas publicações, pois sou estudante de Pós-Graduação em Medicina Preventiva e Social sob forma de especialização e este material em muito tem colaborado com meus estudos.

A melhor fonte

Denise Girardi __ João Pessoa (PB)

Recebíamos periodicamente os informativos do RADIS. Não há sombra de dúvida, é a melhor fonte de informação de saúde pública. A Fiocruz já é reconhecida por muitas coisas e o PROJETO RADIS finalmente faz a ligação entre os que têm conhecimento, informações e aqueles que desejam muito adquiri-los.

Parabéns Fiocruz. Estamos sempre aguardando os próximos números.

Maria do Carmo Schroeder __ Toledo (PR)

PROPOSTA

Jornal da Reforma Sanitária

Este jornal é editado pelo RADIS — Reunião, Análise e Difusão de Informação sobre Saúde —, projeto desenvolvido pela **Escola Nacional de Saúde Pública** e pelo **Centro de Informações para a Saúde da Fundação Oswaldo Cruz.**

Coordenador do Projeto RADIS: Ary Carvalho de Miranda; **Editor Responsável:** Álvaro Nascimento; **Reportagem e Redação:** Álvaro Nascimento, Rogério Lannes Rocha e Jane Paiva; **Ilustrações:** Carlos Xavier (Caco); **Banco de Notícias:** Sinval Brandão; **Secretária:** Jandira Vilhena; **Arte:** Victor Ebraico; **Banco de Dados:** Luís Fernando Oliveira.

Tiragem: 45 mil exemplares; Distribuição: Direta, via Correio; Composição, fotolito e impressão: Jornal dos Sports S. A. (Rua Tenente Possolo, 15/25 — Rio de Janeiro).

Projeto RADIS: Av. Brasil, 4.036 — salas 509/511/513/515 — CEP.: 21.040 — Manguinhos — Rio de Janeiro — Brasil — Tel.: (021) 260-7979 — Telex: FUOC 021-23239.

CACO

ESCLARECIMENTO A NOSSOS LEITORES

Você ficou sem receber as publicações do Projeto Radis desde o mês de dezembro passado, quando editamos o PROPOSTA-15 e a SÚMULA-28. A partir dali, o Radis enfrentou um processo de semiparalisação por absoluta falta de recursos para imprimir suas publicações, depois de ter enviado mensalmente durante todo o ano de 1988, um total de 25 edições do PROPOSTA, da SÚMULA, da DADOS e da TEMA a seus quase 40 mil leitores em todo o país, um recorde nos sete anos de existência do Projeto.

A exemplo dos anos anteriores, a Fundação Oswaldo Cruz enviou à Direção Geral do Inamps a proposta de renovação do convênio com o Radis e obteve, ainda em dezembro de 88, o compromisso do Presidente daquela instituição de renovação automática do convênio.

Em várias oportunidades, representantes da Fiocruz e do Inamps se encontraram para viabilizar a assisnatura do convênio e o repasse dos recursos.

Após cinco meses de adiamento, a Coordenação do Radis e sua equipe passaram a buscar outras fontes de financiamento. Algumas empresas estatais e da iniciativa privada já foram contatadas e demonstraram interesse em financiar o Projeto como parte de sua mídia publicitária e as secretarias estaduais do Rio Grande do Sul e do Rio de Janeiro, além do Ministério da Saúde, já se comprometeram com uma parcela dos recursos.

Neste período de semiparalisação, centenas de cartas de leitores chegaram ao Projeto pedindo esclarecimentos do porquê haviam parado de receber nossas publicações. Muitas destas cartas falavam da importância do Radis na área de informação em saúde, mantendo atualizados técnicos, profissionais, população usuária e instituições de saúde em relação aos debates e mudanças no setor saúde. Nestes momentos, nosso sentimento se colocava entre o orgulho pelo reconhecimento da importância do trabalho desenvolvido pelo Projeto e a indignação por não podermos sequer enviar a nossos leitores uma explicação do que estava ocorrendo.

Somente agora, no mês de julho, o Radis "volta às bancas" com o PROPOSTA-16. Durante estes seis meses, nossa equipe esteve sempre presente aos principais acontecimentos relacionados ao setor saúde, apesar das dificuldades financeiras com transporte e estadia. Mas você certamente sentirá falta da SÚMULA, que em todos os meses do ano passado acompanhou o PROPOSTA. Infelizmente, devido a prazos de fechamento tecnicamente mais longos e ao tempo de impressão gráfica também ser maior, a SÚMULA só voltará a sair no mês que vem.

Com o esforço que vem sendo feito por nossa equipe, aliado ao reconhecimento do papel do Radis por parte de várias empresas e instituições, potenciais financiadoras do Projeto, acreditamos que este vácuo ocorrido nos últimos seis meses não voltará a acontecer.

Terminamos agradecendo todas as manifestações de apoio recebidas neste período, a compreensão de nossos leitores e estabelecendo o compromisso de defender de todas as formas a continuidade deste trabalho.

ARY CARVALHO DE MIRANDA
Coordenador

ÁLVARO NASCIMENTO
Editor

PROPOSTA
Jornal da Reforma Sanitária

ENCONTRO NACIONAL DOS SECRETARIOS MUNICIPAIS DE SAUDE

Política recessiva e clientelismo querem inviabilizar SUS

Com a presença de representantes de 600 municípios de 18 estados brasileiros, num total de aproximadamente mil participantes, o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) realizou em Porto Alegre o VI Encontro Nacional de Secretários Municipais de Saúde e o VII Encontro dos Setores Municipais de Saúde. Sob o tema: "Saúde: municipalização é o caminho", os dois encontros debateram, durante quatro dias, os anteprojetos de lei orgânica do sistema único de saúde que estão sendo discutidos no Congresso Nacional; o processo de municipalização na vigência do novo sistema; a saúde nas constituintes estaduais e leis orgânicas municipais; as experiências mais significativas de municipalização da saúde no Brasil, o papel da sociedade civil na implantação do sistema único e elegeram a nova diretoria do Conasems.

Os encontros contaram, ainda, com a realização de quatro grupos de trabalho sobre financiamento, recursos humanos, definição do sistema único e organização e gestão da nova estrutura do setor saúde.

Ao final os representantes de cada município se reuniram em assembléia geral e aprovaram "A carta de Porto Alegre", definindo regras para a descentralização e a gestão única do sistema em cada nível de governo, o atendimento integral, a democratização com participação popular, a implantação de uma política para os recursos humanos e o financiamento do setor.

SAÚDE:
Municipalização
é o caminho

PORTO ALEGRE

A CARTA DE PORTO ALEGRE

Secretários e dirigentes municipais de saúde, trabalhadores de saúde e entidades populares, reunidos no VI Encontro de Secretários Municipais de Saúde em Porto Alegre, entre os dias 4 e 7 de junho de 1989 organizado pelo CONASEMS — Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde —, manifestam através deste documento suas opiniões sobre o momento que vive o Setor Saúde no nosso país.

1 — "A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visam a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação" (art. 196 da Constituição Federal).

2 — É com esta orientação geral que devemos nos ocupar da construção do SUS — Sistema Único de Saúde —, que dê a contribuição do Setor Saúde para reverter a situação de criminosa miséria a que a grande maioria do nosso povo foi lançada.

Situação caracterizada pelos índices vergonhosos de mostalidade infantil, desnutrição, doenças profissionais e acidentes de trabalho, endemias rurais e urbanas, etc.

3 — Para construção do SUS, devemos cavar fundo seus alicerces:

DESCENTRALIZAÇÃO E GESTÃO ÚNICA A CADA NÍVEL DE GOVERNO

Sem negar a necessidade de existência de diretrizes gerais a nível nacional e estadual afirmam com clareza que o município deve ser instância responsável pela prestação dos serviços de atenção à saúde. A gestão unificada do SUS não deve parar no município ou nos estados. Tem que chegar a Brasília e acabar de vez com a dicotomia Ministério da Previdência/Ministério da Saúde, com a atribuição ao Ministério da Saúde da responsabilidade de gestão a nível federal do Setor Saúde no Brasil.

ATENDIMENTO INTEGRAL

O modelo assistencial deve brotar de uma análise epidemiológica de cada município ou região.

O município não aceita ficar condenado a desenvolver apenas as ações de nível primário, ficando o estado ou Governo Federal, com os níveis secundários e terciários. Ao contrário, os municípios, baseados na própria Constituição Federal, são os responsáveis pela gestão do sistema local de saúde, ainda quando este incluir serviços hospitalares e especializados.

Na atenção à saúde devemos equilibrar a assistência à saúde individual com o atendimento de emergência, assistência odontológica, vigilância sanitária e epidemiológica e outras ações de abrangência coletiva. Além disso nosso planejamento e operação não podem desvincular-se das demais políticas sociais e econômicas.

DEMOCRATIZAÇÃO E CONSELHO POPULAR SOBRE TODO O SISTEMA

Esta é a questão decisiva, crucial, de toda a proposta. Sem ela o SUS está condenado à inviabilização pela falta do necessário respaldo popular, pela possibilidade dos descaminhos burocráticos e submissão ao clientelismo tradicionais.

FOTO DANIEL ANDRADE/GAIA

Representantes de 600 municípios lotaram o Centro de Convenções da PUC de Porto Alegre

Nossa proposta é que Conselhos Deliberativos e Fiscalizadores orientem o Sistema de cima para baixo. De Brasília ao bairro. Conselhos devem ser formados com uma composição que equilibre a influência dos usuários, dos trabalhadores de saúde e das administrações legitimamente eleitas.

RECURSOS HUMANOS

Vamos lutar pela criação de um Plano de Carreiras, básico para o SUS, que poderia ser suplementado para atender a necessidades específicas de cada município ou região. Para isto, toda uma política de formação permanente de recursos humanos, deve ser implementada, não podendo, evidentemente, ficar de fora dessa integração, o setor de educação e os Hospitais Universitários.

FINANCIAMENTO

A atual política de financiamento do Setor Saúde, subordina os municípios à vontade política dos governos estaduais e Federal de forma que fere acintosamente a autonomia de um poder legítimo e arrisca inviabilizar todo o sistema.

Queremos que o montante de recursos seja calculado não em função de acordos políticos partidários ou corporativos, mas de critérios como o populacional, perfil epidemiológico, capacidade instalada dos serviços de saúde, existência de serviços de referência regional nos municípios, renda per-capita, etc.

Finalmente achamos que é chave que pelo menos 50% dos recursos do futuro Fundo Nacional de Saúde, sejam automaticamente transferidos para os Fundos Municiapis de Saúde, proporcionalmente à população dos municípios. Os restantes 50% serão discutidos pelos municípios, estados e Governo Federal em função de seus planos diretores.

O setor saúde vive hoje uma realidade comum a todos os setores das políticas públicas do nosso país. De um lado acossado pelo clientelismo mais rasteiro e pernicioso e, por outro lado, atacado frontalmente pela atual política econômica recessiva ditada de fora do país e aplicada subversivamente por Brasília, que tem provocado a retração dos investimentos, inclusive no nosso setor.

Temos que negar com todas as nossas forças esta política antipopular, lutando para garantir a manutenção e expansão dos serviços públicos de saúde.

Temos que nos organizar para marcar nossa presença também na luta institucional que será expressada na votação da Lei Orgânica da Seguridade Social, da Saúde, das Constituintes Estaduais e Municipais.

Para tanto, o CONASEMS, os trabalhadores de saúde e entidades populares presentes nesse encontro de Porto Alegre, firmam seu compromisso de trabalhar ferrea e unitariamente pela construção de uma força social popular capaz de levar adiante até às últimas conseqüências uma verdadeira e radical Reforma Sanitária que o Brasil exige.

ENCONTRO NACIONAL DOS SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE:

Seigo quer unificação no Ministério da Saúde

FOTO ARQUIVO RADIS

O Ministro defendeu "um poder setorial forte e eficiente"

Presente à solenidade de abertura do VI Encontro Nacional dos Secretários Municipais de Saúde, o Ministro da Saúde, Seigo Tsuzuki, deixou clara a razão de sua presença:

— Diante da crise instalada na área da saúde, o Ministério veio a este encontro convocar os representantes de todos os municípios para lutarem para que o setor saúde se unifique, se uniformize e se individualize no Ministério da Saúde, trazendo para seu âmbito as atribuições e os recursos do Inamps e transformando seu poder potencial em poder real.

Para sustentar essa posição, Seigo Tsuzuki disse que "se atrevia a convocar os secretários municipais para aquela tarefa porque estava propondo um poder setorial forte e eficiente, não mais operado de forma centralizada e anárquica como era antes do Suds e nem de forma parcialmente descentralizada como é hoje". E prometeu:

— Esse novo poder que propomos gerenciará os recursos orçamentários e previdenciários para a saúde com a automática descentralização a nível de estados e municípios não em conseqüência de convênios opcionais, mas sim por força da sua própria essência municipalista e participativa.

Ao defender o projeto de lei enviado pelo Ministério da Saúde ao Presidente da República, que servirá de subsídio ao projeto que deverá ser submetido ao Congresso, o Ministro da Saúde ressaltou seus aspectos municipalistas — "por expectativa programática e não por demagogia oportunista" — e o de participação dentro do Sistema Único de Saúde (SUS).

Em relação ao segundo aspecto, ele definiu de forma enfática o papel dos conselhos de saúde:

— Caminhamos na concretização da participação sem resvalar para o equívoco de atribuir a tais conselhos, sem experiências prévias consistentes, responsabilidades decisórias que venham transformar o Ministério da Saúde, as secretarias estaduais e municipais em meros cumpridores de determinações de conselhos imprevisíveis.

Para o Ministro, "estes órgãos governamentais continuarão com a responsabilidade inalienável de conduzir o sistema de forma eficiente, assumindo as críticas e penalidades pelos erros, assim como os elogios e méritos pelos acertos".

SAÚDE:
Municipalização
é o caminho

PORTO ALEGRE

Encontro elege nova diretoria

A nova diretoria do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) foi composta pelos seguintes membros:
Presidente:
José Eri de Medeiros
(Venâncio Aires — RS)
Vice-Presidente:
Eduardo Jorge
(São Paulo — SP)
1º Secretário:
José Maria Borges
(Belo Horizonte — MG)
2ª Secretária:
Maria de Fátima Moura
(Passira — PE)
Vice-Presidentes Regionais:
Região Norte:
Vilson Duarte Alecrim
(Manaus — AM)
Região Nordeste:
Paulo Dantas
(Olinda — PE)
Região Centro-Oeste:
Delmiro Pedrosa
(Campo Grande — MS)
Região Sul:
Mário Leitão
(Curitiba — PR)
Região Sudeste:
Orlando Pereira Fraga
(Barra Mansa — RJ)

OLÍVIO:

"Temos encargos mas nos faltam recursos"

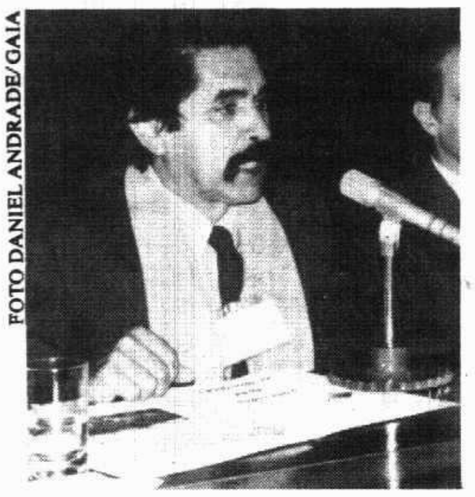


FOTO DANIEL ANDRADE/GAIA

— Queremos o município não apenas recebendo encargos para gerir a rede de saúde mas tendo recursos efetivos e suficientes para prestar um bom atendimanto à população, sem esquecer que para isso é fundamental entender que saúde não é só instalar postos em vilas e bairros mas dotar cada cidadão de boas condições de vida, de salário decente, de saneamento básico, luz, moradia, escola, lazer, transporte e tudo que garanta uma vida mais digna.

A afirmação é do Prefeito de Porto Alegre, Olívio Dutra (PT), durante a abertura do VI Encontro dos Secretários Municipais de Saúde, na capital gaúcha.

Para ele é importante que a gestão do sistema de saúde seja transparente e defendeu que "cada município trabalhe diretamente com a comunidade através das comissões de saúde, junto com o movimento popular organizado tanto nos setores comunitários como no sindical, para que se democratize o processo de decisão no setor".

SIMON: "Clientelismo fere interesse da comunidade"

FOTO DANIEL ANDRADE/GAIA

— Se levarmos em consideração esta organização pública e administrativa anárquica que herdamos do autoritarismo, ao analisarmos os avanços e recursos do Suds, somos obrigado a admitir que já caminhamos bastante.

A avaliação é do Governador do Rio Grande do Sul, Pedro Simon, que na solenidade de abertura do encontro dos secretários municipais de saúde criticou a utilização das verbas para fisiologismo político:

— O que vemos hoje em muitos estados é o repasse de verbas federais que não chegam aos municípios cujo Prefeito não comunga da mesma ideologia do Governador, o que é um absurdo. Da mesma forma, querer se organizar um conselho municipal de saúde tendo como critério a maioria para este ou aquele partido, maioria ou minoria contra ou a favor do Prefeito, é ferir o interesse da comunidade carente de um bom serviço de saúde.

Para garantir critérios democráticos nos repasses de recursos, Pedro Simon apontou a necessidade dos secretários municipais irem a Brasília discutir com cada parlamentar as questões relativas à lei orgânica da saúde:
— É muito importante a fiscalização sobre o Congresso Nacional para que os avanços obtidos na Constituinte não sofram retrocesso. Aí reside, no meu modo de ver, a importância deste encontro. É tarefa dos secretários municipais uniformizarem uma proposta básica de lei que seja levada às constituintes estaduais e às câmaras de vereadores, garantindo um fluxo de todo sistema, que mesmo municipalizado não pode perder seu caráter nacional.

E terminou exortando os secretários municipais a cobrarem dos candidatos à Presidência da República um compromisso claro com o Suds:

— Aqui temos secretários de vários partidos. É o momento ideal para se formar um movimento suprapartidário que vá a todos os candidatos comprometê-los com a continuidade da descentralização na saúde.

Lei deverá assegurar princípios básicos

Durante o painel "Anteprojetos da Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde", o ex-presidente do Inamps, Hésio Cordeiro, professor do Instituto de Medicina Social da Uerj (Universidade do Estado do Rio de Janeiro), denunciou que a área econômica do Governo vem subestimando receitas financeiras para fazer surgir o chamado "excesso de arrecadação". Disse que isso, certamente, ocorreu na formulação do orçamento da seguridade social em relação às receitas do Finsocial e outras vinculadas ao faturamento líquido. E, defendendo que a legislação venha a assegurar a destinação exclusiva de qualquer excesso à própria seguridade, alertou para o lado mais grave da situação hoje existente:

— Atualmente, os excessos de arrecadação são apropriados pela Receita Federal e jogados pelo Ministério da Fazenda em outros itens do orçamento fiscal. Com isso, recursos subtraídos da seguridade devem estar sendo utilizados para qualquer coisa que não passa pelo social, como a construção da Norte-Sul ou o pagamento da dívida externa.

FOTO DANIEL ANDRADE/GAIA
Edmur Pastorello

Edmur Pastorello, secretário geral do Ministério da Saúde, defendeu o anteprojeto apresentado por aquele ministério e que representa, conforme explicou, uma clara opção pela municipalização. A proposta atribui aos municípios o planejamento, organização, gestão, execução, controle, avaliação e fiscalização das ações dos serviços de saúde, inclusive as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, alimentação, nutrição e saneamento básico.

Pastorello ressaltou que todos os projetos existentes são tímidos na questão do financiamento. Disse que o Ministério também preconiza 35% do orçamento da seguridade para a saúde, "mas entendemos que o principal é definir todas as fontes de receita que compõem o chamado orçamento da seguridade social".

FOTO DANIEL ANDRADE/GAIA
Hésio Cordeiro

Coordenador do Núcleo de Estudos de Saúde Pública (Nesp), da Universidade de Brasília, Eleutério Rodriguez Neto considerou desnecessário debater especificamente qualquer dos anteprojetos, defendendo como princípios básicos: "a unidade, que garanta ao novo sistema uma cara, uma doutrina, um comando e uma lógica organizativa única; "a descentralização, entendida de um princípio radical, que implique na descontinuidade do que temos tido até hoje; "a participação, que pressupõe a possibilidade efetiva de que a população interfira nos rumos do sistema".

Frisando a necessidade de uma proposta unitária dos setores comprometidos com o SUS, Eleutério defendeu que o sistema único seja entendido como o sistema público e que este conte com a participação do setor privado, de forma complementar, quando necessário, se esforçando para fazer com que ele seja cada vez menos necessário. Propôs, também, que a questão do financiamento seja definida na perspectiva da seguridade social como um todo, redefinindo prioridades e repensando o sistema tributário; que a execução das ações de saúde dos trabalhadores conste entre as várias responsabilidades do SUS; que os conselhos de saúde tenha composição tripartite e poder deliberativo; e que a reestruturação do sistema resulte num novo ministério e na extinção do Inamps.

Colocando "o sistema único de saúde como objeto principal da lei", o projeto da Ciplan foi defendido pelo secretário adjunto do Ministério da Previdência e Assistência Social e coordenador da Comissão Interministerial de Planejamento, Antônio José Guerra. Lamentando que o Ministério da Saúde tenha formulado uma proposta em separado, Guerra acentuou que a iniciativa representa a posição consensual dos Ministérios da Previdência, Educação e Trabalho.

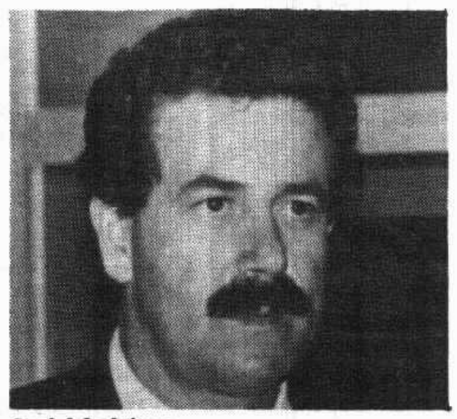
SAÚDE:
Municipalização
é o caminho

PORTO ALEGRE

Pressão permanente sobre o Congresso

O Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) vai atuar no Congresso Nacional num trabalho permanente de pressão junto aos parlamentares, para que a lei orgânica do SUS (Sistema Único de Saúde) garanta efetivamente sua implantação. Quem afirma é o novo presidente do Conselho, José Medeiros, lembrando a recente atuação das secretarias municipais junto às comissões de trabalho da Constiuinte.

Medeiros adiantou que a executiva do Conasems terá uma atuação política permanente e convocará para Brasília a reunião de seu Conselho Nacional de Representantes de Estados (Conares), em data que coincidia com a votação da lei orgânica. "A idéia é promover uma ampla mobilização, chamando para a capital federal todas as forças favoráveis ao SUS", disse.


José Medeiros

Acentuando a disposição da diretoria eleita de estruturar nacionalmente o Conasems, fortalecendo o Conares e dotando o órgão de infra-estrutura, Medeiros também enfocou as dificuldades hoje existentes na municipalização dos serviços de saúde, relacionando-as com a própria formação dos municípios, "que se deu por processo paternalista e essencialmente clientelista, através de um modelo de centralismo federal".

Sem municipalização não há sistema único

— A municipalização é indispensável à consolidação do sistema único mas ela tem que se efetivar de forma concreta, garantindo a participação da sociedade civil nas comissões interinstitucionais municipais de saúde com força deliberativa e não apenas consultiva.

A opinião é do Deputado Antenor Ferrari, Secretário de Saúde do Rio Grande do Sul e Presidente do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (Conass), para quem a municipalização é um dos instrumentos para se combater "os eternos inimigos do sistema único que se colocam não apenas nas corporações com interesses econômicos na área da saúde mas também dentro das instituições governamentais, emperrando a implentação da nova estrutura do setor".

FOTO DANIEL ANDRADE/GAIA
Antenor Ferrari

Ferrari foi enfático ao criticar o Ministério da Previdência:

— Municipalizar é uma questão que precisa de recursos e a Previdência Social não vem cumprindo com seus compromissos com os estados e com isso inviabiliza o processo de descentralização. Os estados ficaram cinco meses sem receber suas parcelas para o custeio da rede de saúde. Não estamos falando de investimentos necessários mas de custeio, isto é, para manter o que já exsite.

População deve definir 50% da verba

Defendendo que 50% dos recursos do Fundo Nacional de Saúde sejam repassados automaticamente aos municípios, com base no critério populacional, a secretária municipal de saúde de Porto Alegre, Maria Luiza Jagger, acentuou a necessidade de que a lei orgânica do SUS (Sistema Único de Saúde), defina claramente a questão do repasse financeiro aos municípios. Ela frisou que os problemas enfrentados hoje no processo de municipalização decorrem, principalmente, da inexistência de critérios conhecidos para o repasse, situação que tem possibilitado a prática de clientelismo político-partidário na distribuição de recursos para a saúde.

Maria Luiza Jagger defende, ainda, que os outros 50% dos recursos do Fundo Nacional de Saúde sejam distribuídos em função de critérios epidemiológicos e das diferenças de renda e recursos existentes no país.

— Mas esses critérios têm que ser transparentes para os municípios. Além disso, a gestão desses fundos, como de todo o sistema, tem que ser feita através dos Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde, nos quais a população tem que participar com poder de decisão — disse ela.

A secretária de Saúde de Porto Alegre observou, porém, que, a municipalização por si só não resolve o problema do SUS, sendo fundamental, portanto, a definição clara das responsabilidades da União e dos Estados sobre os serviços de saúde.

Para se ter um sistema realmente único, do Oiapoque ao Chuí, são necessários determinados critérios nacionais, um deles relativo à política de recursos humanos. Nossa proposta é ter um quadro único em todo o país, em relação à estrutura dos serviços municipais, desde os mais simples aos mais complexos, achamos que esta deva ser montada via os estados, garantida a participação do município. Se não tivermos essa perspectiva do todo, vamos criar várias sisteminhas, sem qualquer possibilidade de garantir a universalização do atendimento, que asseguramos na Constituição — acentuou a secretária.

SAUDE:
Municipalização
é o caminho

ENCONTRO NACIONAL DOS SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE

O PAPEL DA SOCIEDADE CIVIL

"Só movimento suprapartidário é capaz de barrar o retrocesso"

PORTO ALEGRE

O Brasil vive, hoje, a disseminação de uma ideologia cínica baseada na contra-verdade, onde o discurso tem muito pouco a ver com os fatos concretos. Onde mulheres estrupadas, de vítimas passam a ser acusadas, onde os mortos do Bateau Mouche viram culpados pelo afundamento do barco, onde o Governo Federal diz que é a favor do Suds e tem toda uma política orquestrada para inviabilizar o sistema.

FOTO DANIEL ANDRADE/GAIA

FOTO GIVALDO BARBOSA

Arouca denunciou que "o Ministério da Previdência recriou as secretarias de controle do Inamps colocando dentro delas pessoas inimigas do Suds e cúmplices do que existia de pior no fisiologismo deste país".

A afirmação é do Professor-titular da Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz e candidato a Vice-Presidente da República na chapa do Partido Comunista Brasileiro, o sanitarista Sérgio Arouca, que foi convidado pelo Conasems para encerrar o encontro dos secretários municipais de saúde fazendo uma palestra sobre "O Sistema Único de Saúde e o Papel da Sociedade Civil".

Para Arouca, as dificuldades vividas na área da saúde têm sua fonte "na incapacidade deste governo que aí está em decidir de uma vez por todas a unificação do setor em um só Ministério, na falta de implantação de uma Reforma Universitária que atualize nossos profissionais com as modificações implementadas no sistema, na inexistência de uma política de ciência e tecnologia e de insumos que permita que o país avance na produção de medicamentos e equipamentos e na falta do estabelecimento de controle social em todos os níveis do sistema".

Ele afirmou que estes passos, definidos através de amplos debates do setor nos últimos anos e tornado realidade com o Suds, não foram dados "porque vemos a união da ideologia cínica de pessoas que dirigem a Previdência Social que são contra o Suds mas dizem que são a favor, com a política econômica de economizar no social e investir no mercado financeiro".

— As pessoas que hoje dirigem a Previdência não têm a coragem de assumir politicamente sua posição contrária ao Suds e apresentar uma alternativa de sistema, seja qual for. Seria legítimo e perfeito que na democracia, forças políticas com projetos distintos os apresentassem à sociedade, que através de mecanismos democráticos decidiria o que deve ser implantado. Mas a forma de fazer a política cínica não é essa, mas sim dizer que é a favor sendo contra e inviabilizando, na prática, a implantação do sistema único, afirmou Arouca.

Ele disse "que o Ministério da Previdência — a exemplo do que ocorreu no afundamento do Bateau Mouche — diz que está implantando o Suds mas que os secretários estaduais são incompetentes, colocando a culpa na vítima. Ao invés de repassar recursos aos estados e municípios dentro da descentralização, eles dizem que os estados não estão prestando contas".

Arouca foi enfático em relação aos gestores do Inamps:

— O Ministério da Previdência recriou as secretarias de controle do Inamps colocando dentro delas pessoas inimigas do Suds na grande maioria dos estados, cúmplices do que existia de pior no fisiologismo deste país. E tudo isso em defesa da modernidade, da moralização e da eficiência.

E citou o exemplo da intervenção do Presidente do Inamps no Hospital da Lagoa, no Rio:

— Ele enviou a Polícia Federal para garantir a posse de um novo diretor simplesmente porque o Lagoa era um dos poucos hospitais competentes no Rio, que garantiu o funcionamento da emergência quando todo o município estava parado, que assumindo o Suds se descentralizou abrindo postos de atendimento nas favelas em torno do hospital, que mobilizou o corpo clínico para implantar o novo sistema, aumentou a produtividade e começou a fazer cirurgias cardíacas que nenhuma estrutura pública fazia no Rio de Janeiro. Ao ser competente mas estar submetido à ideologia do cinismo, o hospital estava fadado à intervenção.

Ao analisar a falência do sistema previdenciário, Sergio Arouca disse que "o movimento sanitário sempre apontou que este sistema está pessimamente estruturado e que ele só é viável quando o país cresce economicamente. Com o desenvolvimento paralisado e a economia em recessão, a Previdência vai à falência porque se baseia no salário dos trabalhadores". Para agravar ainda mais a situação, segundo Arouca, "há o calote do Governo Federal que, há anos, não injeta os recursos que deve ao sistema, além de implementar a economia do repasse, que nada mais é do que aplicar no mercado financeiro para fazer caixa e pagar outras contas".

Ele analisou o papel do Estado no Brasil e fez uma ressalva em relação às propostas de mais estatização:

— Temos que vencer esta discussão de que quanto maior a estatização mais próximos estaremos do socialismo porque há muito tempo o Estado brasileiro deixou de ser público para ser privado. A maior estatização deste país se deu no período autoritário e todas as vezes que os grupos privados, a que o Estado servia, se viam ameaçados politicamente, chamavam o Exército para garantir suas posições e quando os riscos eram econômicos chamavam o Estado para pagar a conta.

E acrescentou que "o Estado foi quem mais garantiu recursos à acumulação de capital neste país e continua dando subsídios à exportação, abre mão da arrecadação fiscal de forma impressionante, principalmente na área do imposto de renda, e sempre esteve presente para pagar a conta da falência do setor privado".

Para Arouca, "este momento crítico para o setor saúde só pode ser enfrentado politicamente, a fim de se evitar retrocessos ainda maiores, a nível federal na votação da lei ordinária da saúde e nos estados e municípios, com as discussões de suas constituintes estaduais e municipais". Ele conclamou instituições de saúde e da sociedade civil, que participaram ativamente do movimento suprapartidário que garantiu vitórias importantes na Constituinte, a iniciarem um movimento similar "fazendo pressão sobre a Comissão de Saúde da Câmara para garantir, na lei ordinária, os avanços assegurados na Constituinte, assim como ir às assembléias legislativas estaduais e câmaras de vereadores garantir as mesmas conquistas".

Arouca lembrou o ano de eleição presidencial como um momento ímpar na história do país e afirmou:

— Cabe ao movimento sanitário exigir programas dos partidos e candidatos porque também faz parte da ideologia do cinismo criar candidatos sem programa, para os quais as soluções para o país estão na clandestinidade de suas cabeças. Isso não é democracia. E o acúmulo de nosso movimento, expressado em vitórias na Constituinte, nos programas de vários governos estaduais e em experiências levadas à frente em várias Prefeituras, demonstra que somos capazes de exigir de cada candidato um programa para a área da saúde que atenda aos preceitos fundamentais da Reforma Sanitária Brasileira.

SIMPÓSIO SOBRE POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE

Comissão de saúde da Câmara elabora projeto de lei orgânica do setor

BRASILIA

Reunindo cerca de 650 profissionais da área de saúde, representando instituições governamentais e da sociadade civil — tanto de profissionais quanto de usuários — além de estudiosos do tema e parlamentares de vários partidos, a Comissão de Saúde, Previdência e Assistência Social da Câmara dos Deputados realizou, em Brasília, o VI Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, tendo como tema central a discussão da lei orgânica do Sistema Único de Saúde (SUS).

Tendo como objetivo primordial a coleta de contribuições da sociedade brasileira ao debate que desembocará no projeto de lei orgânica sobre saúde no contexto da seguridade social, o simpósio contou com três mesas-redondas ("SUS — Função, Organização e Gestão"; "Financiamento e Recursos Humanos" e "Transplante de Orgãos, Sangue e Derivados") e seus participantes se dividiram em oito grupos de trabalho, que durante três dias debateram a organização, gestão e participação no SUS; a relação setor público e privado; ciência e tecnologia em saúde; saúde dos trabalhadores, financiamento, recursos humanos, transplante de órgãos; sangue e derivados.

As conclusões e propostas de cada grupo foram remetidas à Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados, que a exemplo do que ocorreu durante os trabalhos da Assembléia Nacional Constituinte se comprometeu a ouvir os diversos segmentos do setor saúde durante a elaboração da legislação ordinária que irá reger as atividades do SUS.

FOTO ADIRP

Os debates lotaram o auditório Petrônio Portela, no Senado Federal

■ **FUNÇÃO, ORGANIZAÇÃO E GESTÃO**

Uma polêmica. Como organizar o sistema único garantindo a participação popular?

Na mesa-redonda **Sistema Único de Saúde (SUS) — Função, Organização e Gestão,** coordenada pelo deputado Jofran Frejat, o secretário de Formação da CUT (Central Única dos Trabalhadores), Jorge Lorenzetti, propôs a criação de conselhos deliberativos tripartites como instâncias máximas do SUS em todos os níveis. Ele defendeu que estes conselhos sejam integrados paritariamente pelos usuários, trabalhadores da saúde e as direções das instituições prestadoras de serviços.

FOTO ADIRP

Na mesa, da esq. para a dir., Paulo Dantas, Guilherme da Silva, Arouca, Arymar Barros, Antonio Nacif e Jorge Lorenzetti

Segundo revelou o sindicalista, "só vai existir um sistema único organizado quando este sistema for público, controlado pela população e gerido pelos usuários deste serviço".

O sanitarista Sérgio Arouca, professor titular da Escola Nacional de Saúde Pública, ex-presidente da Fundação Oswaldo Cruz e candidato a Vice-Presidente na República, na chapa do Partido Comunista Brasileiro, também defendeu o controle social e a participação dos usuários na gestão do SUS. Arouca falou, ainda da malversação do dinheiro público, da aplicação em projetos paralelos de energia nuclear, submarino atômico e Ferrovia Norte-Sul, enquanto faltam recursos fundamentais para a saúde, educação, ciência e tecnologia. Apontou a necessidade de uma revisão no orçamento nacional para redefinição de prioridades e disse que o nível municipal deve caminhar na medida de seus recursos para conseguir autonomia na prestação de serviços.

— Existem questões que determinam a possibilidade de resolver ou não os problemas do país. Se o Brasil não retomar o desenvolvimento econômico e insistir nesse modelo recessivo e perverso; se continuar sendo exportador de capital e se o Estado permanecer prisioneiro da ciranda financeira, não tem solução para o país. Mantida essa realidade, é bobagem imaginar que vamos resolver saúde, educação, ciência e tecnologia — frisou Sérgio Arouca.

— As redes de saúde têm que ser integradas no nível municipal com o estadual e esse com o nacional. É preciso, entretanto, apesar desses patamares de relação, preservar o papel do município, para que este não seja um mero executor de ações e possa participar da normatização técnica, administrativa e reguladora do sistema — afirmou Paulo Dantas, então presidente do Conasems (Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde). Ele classificou como ilusória a idéia de que o município, por ter sofrido o processo de esvaziamento e degradação, não possa contribuir e avançar desenvolvendo com eficiência e eficácia as propostas e ações concretas na rede de saúde.

O presidente da Abrasco (Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva), Guilherme Rodrigues ressaltou os avanços até agora conseguidos no rumo da reforma sanitária, resgatando a luta do movimento sanitário e sua integração com o movimento político geral, principalmente a partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde, e acentuou a necessidade de garantir a eficácia das conquistas asseguradas como um direito da sociedade brasileira.

Também participaram dos debates o presidente da Associação Médica Brasileira Antônio Celso Nunes Nassif que criticou "a desorganização" do processo de implantação do Suds (Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde), e o presidente da Confederação das Misericórdias do Brasil, Arymar Ferreira, que defendeu um maior rigor da definição das instituições filantrópicas.

POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE

MESA-REDONDA

Ao abrir a mesa-redonda **Sistema Único de Saúde (SUS) — Financiamento e Recursos Humanos**, a Deputada Abigail Feitosa, que coordenou os debates, lembrou sua viagem à Cuba, da qual tinha acabado de regressar, afirmando ter ficado "impressionada com o volume de recursos que aquele país aplica em Saúde. Isso faz com que, por exemplo, a mortalidade infantil em Cuba seja de 11 para cada mil nascidos vivos, enquanto aqui no Brasil, no encerramento do Século XX, ainda estamos com uma taxa média absurda de 68 para cada um mil". A parlamentar observou que a proporção do orçamento brasileiro para a saúde deixa claro que esta não tem sido uma área prioritária. "Pelo financiamento passa a questão da decisão política de realmente investir na saúde", disse a deputada.

Abordando a situação brasileira, tanto do ponto de vista da economia mundial, quanto do quadro de crise institucional, econômica, social e política em que se encontra, o

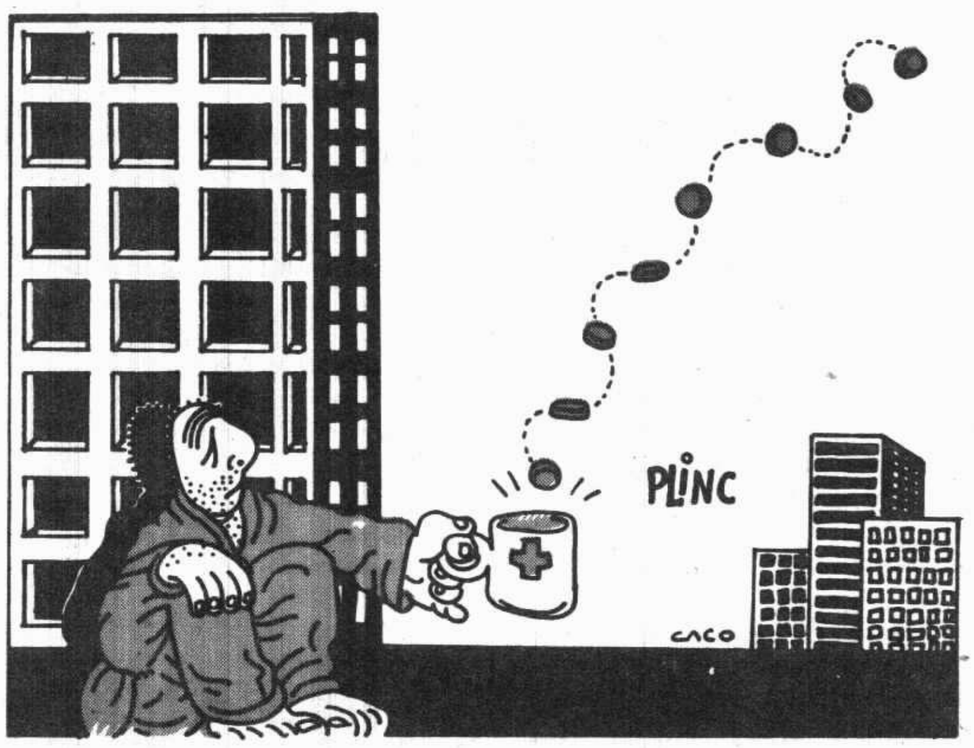
■ **FINANCIAMENTO E RECURSOS HUMANOS**

Um consenso. Brasil investe muito pouco na saúde pública

Senador Almir Gabriel recorreu a vários dados estatísticos para mostrar a deficiência de recursos destinados à seguridade social e especificamente à saúde. Disse, por exemplo, que entre 1975 e 1977, o Brasil gastava em torno de 4,2% de seu PIB, especificamente com saúde e hoje deve estar gastando em torno de 2,2 a 2,5%, enquanto a França e os Estados Unidos gastam, respectivamente, 8,5% e 11,1% de seu PIB, somente com ações específicas de saúde pública.

— Dentro da realidade atual, de crise, devemos nos esforçar para chegar a algo em torno de 5 a 6% do PIB destinado à seguridade, brigando para garantir que 35% destes recursos sejam destinados exclusivamente à saúde. Do orçamento fiscal, a hipótese seria algo em torno de 10% e do orçamento dos estados e municípios, deveríamos buscar alguma coisa entre 10 e 15% — propôs Almir Gabriel.

O Professor Hésio Cordeiro, do Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro, ex-presidente do Inamps, disse que, no seu entendimento o problema não é só fixar 30 ou 35% para o setor saúde. Para ele, além de resolver esta questão, é importante que a lei complementar defina a forma de repasse, bem como os critérios para repartir o restante de recursos para os benefícios e a assistência social.



Prosseguindo o debate, o presidente do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS), Antenor Ferrari, denunciou o favorecimento da iniciativa privada em detrimento do setor público e disse que em alguns estados 80% da verba destinada à saúde é, hoje, repassada diretamente à iniciativa privada, permanecendo apenas 20 ou 25% nas mãos dos secretários para administrar.

— Só para ter-se uma idéia, a iniciativa privada acaba de receber da Previdência um aumento de 100% em suas verbas. Pensávamos que seríamos retribuídos com a mesma reposição e fomos ao ministro. Mas ele disse que teria que consultar seu colega do Planejamento. Para atender a iniciativa privada não precisou consultar — observou Ferrari.

Enquanto o presidente da Federação Brasileira de Hospitais, Carlos Eduardo Ferreira, esforçou-se na defesa de uma maior participação da iniciativa privada no setor saúde, o presidente da Federação Nacional dos Médicos, Roberto Chabo, denunciou a existência de uma campanha orquestrada, com a participação de forças do próprio Governo, tentando desmoralizar e desorganizar os avanços conquistados nessa área pela sociedade.

— Defendemos o SUDS e o SUS e achamos que para sua viabilização é preciso garantir nas leis complementares um plano de cargos e salários único, com isonomia salarial e a exigência de concurso público para o acesso ao serviço público — propôs Roberto Chabo.

■ **TRANSPLANTE E SANGUE**

Um impasse. Nos transplantes, quem cala consente?

O projeto de lei apresentado pelo deputado Carlos Mosconi (PSDB—MG) gerou grande polêmica na mesa redonda sobre o **Sistema Único de Saúde — Transplante de Órgãos, Sangue e Hemoderivados**. Definindo que "a retirada de uma ou mais partes do corpo **post morten** (...) poderá ser feita de toda pessoa maior de idade e juridicamente capaz, que não tenha durante a vida se manifestado oficialmente em contrário", a proposta foi criticada, entre outros, pelo presidente do Conselho Federal de Medicina (CFM), Francisco Costa. Ele considera a questão do "doador presumido ou compulsório um procedimento equivocado para a realidade política, social, cultural e religiosa de nosso país".

Ao defender sua proposta, Carlos Mosconi abordou diversos fatores que dificultam, hoje, o ato de doação, observando que o principal deles é a lei vigente, "obsoleta e ultrapassada, que passa à família, num momento de grande tensão emocional, a responsabilidade de autorizar a doação, a retirada de um órgão de um cadáver".

— Num país em que existem, por exemplo, 13 mil pacientes em hemodiálise, necessitando de transplantes de rins, precisamos de uma lei moderna, que facilite a doação sem, entretanto, colocar em risco o doador, seja ele cadáver, seja ele vivo. No caso do doador vivo, a proposta transfere para o próprio indivíduo a responsabilidade de decidir. Potencialmente ele será um doador, mas se não quiser doar basta que declare, em vida, esta vontade que lhe será respeitada — frisou Mosconi.

Questionando as condições de trabalho nos hospitais, a falta de equipamento e de pessoal, inclusive para diagnosticar morte encefálica, e defendendo a prática profissional baseada no Código de Ética Médica — que dispõe de artigos cuidando da doação e transplante —, o presidente do CFM, Francisco Costa, criticou, no projeto de Mosconi, fundamentalmente o Artigo 3º, segundo o qual o cidadão tem que declarar em vida que não é doador.

— Defendemos justamente o oposto. Uma campanha que chame a sociedade para o altruísmo, para o ato real de doar. Isso tornará mais claro, inclusive, o seu compromisso social. Já o professor Silvano Raia, titular do Departamento de Cirurgia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, defendeu fervorosamente a proposta do deputado Mosconi, chamando a atenção para o fato de que a espera por um transplante de rim oscila, hoje, em torno de cinco anos e que a mortalidade na lista de espera por um transplante de fígado — já que não existe um sistema artificial de suporte de vida — oscila entre 50 a 70% nos adultos e de 70 a 92%, entre as crianças. A presidente da Associação Paulista de Renais Crônicos, Neide Regina Barriguelli, denunciou a reutilização excessiva de filtros e outros materiais de hemodiálise. E disse que "o transplante seria a solução para a maioria dos renais crônicos. Dos 13 mil doentes, mais de oito mil poderiam ser transplantados, mas somente são feitos cerca de 600 transplantes por mês, basicamente nos centros universitários. Só para se ter uma idéia do absurdo, uma hemodiálise custa NCz$ 2 mil à Previdência enquanto um tranplante fica em torno de NCz$ 2.300" (Mosconi diz que o custo é NCz$ 4 mil).

Embora a polêmica do transplante de órgão tenha ocupado o maior tempo do debate, a mesa-redonda também abordou a questão do sangue, enfocada principalmente pelo diretor da Divisão Nacional de Sangue e Hemoderivados do Ministério da Saúde, Yoshitaka Okomura, pelo representante da Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro, Luís Felipe Moreira Lima, e pelo presidente da Associação dos Hemofílicos, Walter de Souza Júnior.

FOTO ADIRP

Pelo projeto de Mosconi, a retirada de órgãos depois da morte poderá ser feita de toda pessoa que não tenha se manifestado oficialmente em contrário

POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE

GRUPO DE TRABALHO

Durante três dias do simpósio, os participantes se dividiram em oito grupos de trabalho para debater e elaborar propostas sobre a futura lei orgânica do Sistema Único de Saúde (SUS) que foram enviadas à Comissão de Saúde da Câmara de Deputados, para que sirvam de subsídios ao projeto final a ser encaminhado ao plenário.

O RADIS acompanhou estas discussões nos grupos e apresenta aqui um resumo das diversas propostas encaminhadas à Comissão.

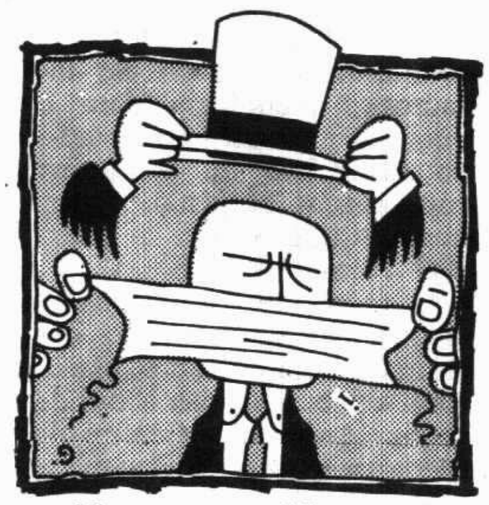
■ RELAÇÃO SETOR PÚBLICO E PRIVADO NO SUS

Texto define 4 segmentos privados e proíbe que dirigente tenha cargo no SUS

Na opinião do grupo de trabalho que discutiu a relação entre o setor público e privado, na assistência privada à saúde existem quatro diferentes segmentos de instituições prestadoras de serviços.

O primeiro segmento seria dos serviços autônomos sem qualquer vinculação com o Sistema Único de Saúde (SUS) mas que devem estar sujeitos à sua regulamentação, fiscalização e controle.

Outro segmento são os serviços conveniados e contratados mediante licitação e cláusulas essenciais à definição da forma de sua remuneração e reajuste, segundo custos reais projetados com o acompanhamento de representantes do sistema, bem como a especificação e qualificação dos serviços a serem prestados. A sua participação no SUS estará condicionada ao suprimento da insuficiência da rede pública de serviços para garantir a universalidade da cobertura à população, avaliadas em função de critérios epidemiológicos e nosológicos locais.



O terceiro segmento são os serviços filantrópicos ou sem fins lucrativos, cuja participação no SUS terá caráter preferncial através de dois instrumentos: o termo de adesão (que consiste na aceitação de exigências relacionadas com a apresentação de projeto de prestação de serviços pelas entidades interessadas, com preferência para as administradas por diretoria não integrada, em sua maioria, por profissionais remunerados com recursos do convênio celebrado com o SUS) e a cogestão (assegurada a participação do SUS na diretoria da entidade).

O último segmento seria o da medicina de grupo, assim entendidos os serviços de assistência à saúde, remunerados sob a forma de prépagamento, com impedimento para que recebam auxílios ou subvenções de recursos públicos.

O grupo acolheu propostas que proíbem que dirigentes de instituições privadas, contratadas ou conveniadas exerçam cargos ou funções de confiança no SUS, sem prejuízo de seu livre exercício profissional, e por último assegura a possibilidade de requisição de bens e serviços de entidades e a sua desapropriação, bem como a intervenção em suas atividades, observados os princípios constitucionais sobre o assunto.

■ ORGANIZAÇÃO, GESTÃO E PARTICIPAÇÃO NO SUS

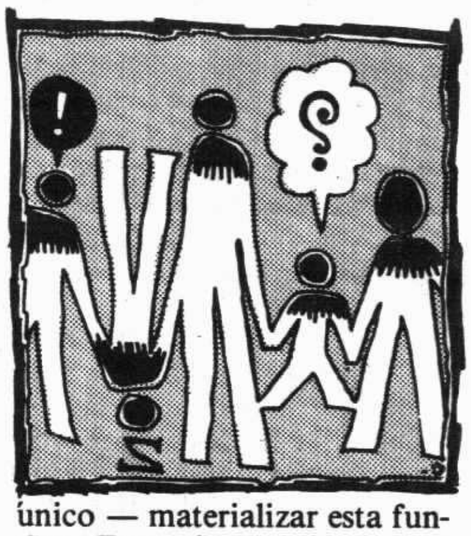
Para a iniciativa privada, não vale o que está escrito

O grupo de trabalho que discutiu organização, gestão e participação no Sistema Único de Saúde (SUS) não chegou a uma posição de consenso em relação à polêmica questão da abrangência do sistema. A partir das interpretações divergentes dos artigos 197, 198 e 200 da Constituição, duas posições se cristalizaram na conceituação da abrangência do SUS.

A primeira entende que os dispositivos contitucionais criaram um Sistema Único de Saúde no Brasil, que abrange a totalidade das ações e serviços de saúde, independente de sua natureza, entendendo que além do setor público, também o setor privado contratado se integra organicamente ao SUS, além do setor privado não contratado ter que se submeter às diretrizes normatizadoras do sistema.

A segunda posição entende que se criou um Sistema Único Público de Saúde (Sups), que não abrangeria o conjunto de serviços existentes no país, não incluindo o setor privado não contratado em sua área de abrangência.

As principais argumentações na defesa do SUS, com abrangência de todas as ações e serviços, se basearam no preceito contitucional "saúde é um direito de todos e dever do Estado", entendendo que cabe ao Estado — via sistema único — materializar esta função. Essa visão defende que compete ao SUS controlar e fiscalizar procedimentos e produtos de interesse da saúde pública, além de coordenar e controlar os serviços complementares. Os serviços prestados pela rede privada, portanto, não podem estar fora de controle do Estado. Estas argumentações lembram, ainda, que muitos serviços da natureza privada tiveram fontes de financiamento públicas, estando o Estado, ao desenvolver ações de controle, executando uma função que lhe cabe.



O argumento utilizado pelos que defenderam a colocação da iniciativa privada, fora da abrangência do SUS, é o "caput" do artigo 199 da Constituição, que diz ser a assistência à saúde "livre à iniciativa privada".

A unanimidade das propostas apontou que os conselhos e órgãos colegiados devem ter funções deliberativas aliadas às consultivas e fiscalizadoras.

■ FINANCIAMENTO

Base populacional definirá 50% dos recursos transferidos

O grupo que debateu os critérios de financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) definiu que o futuro sistema deverá receber recursos do orçamento da Seguridade Social acrescido de recursos da União, Estados, Distrito Federal e Municípios, além de outras fontes.

De acordo com relatório proposto após os debates, o orçamento da Seguridade Social destinará, no mínimo, 35% de sua receita ao SUS e são considerados de outras fontes os recursos provenientes de planos de seguro de vida e de seguro saúde privados, pagamento integral da assistência à saúde coberto por seguro privado ou de acidente de trabalho, alienações patrimoniais e rendimentos de capital, pagamento de infrações sanitárias, taxas de registro de bens de consumo humano e serviços, percentual dos prêmios de seguro de veículos, percentual da arrecadação de pedágio ou sucedâneo nas estradas federais, assim como das taxas portuárias e aeroportuárias.

A proposta define que os recursos do SUS serão administrados por fundos específicos, de natureza financeira e contábil, a nível nacional, estaduais e municipais, subordinados ao controle dos conselhos de saúde respectivos. O Fundo Nacional de Saúde será administrado pelo Ministério da Saúde.

Houve uma divergência dentro do grupo de trabalho sobre a possibilidade de o Fundo Nacional de Saúde repassar recursos diretamente aos municípios. Uma posição defendia que poderia haver o repasse direto, enquanto outra posição sustentava que os recursos teriam que ser repassados via Fundos Estaduais de Saúde. Os dois posicionamentos foram remetidos à Comissão de Saúde da Câmara no relatório final, que definiu que o órgão arrecadador da receita da seguridade social transferirá, em duodécimos, ao Fundo Nacional de Saúde, mensalmente e até o dia 10 de cada mês, os valores destinados ao SUS, cuja destinação a Estados, Distrito Federal e Municípios se dará respeitando o perfil demográfico da região, o perfil epidemiológico da população coberta, as características quantitativas e qualitativas da rede, a previsão de investimentos, o desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior e os níveis de participação nos orçamentos estaduais e municipais. A base populacional, de forma diretamente proporcional, definirá automaticamente 50% dos recursos a serem transferidos.

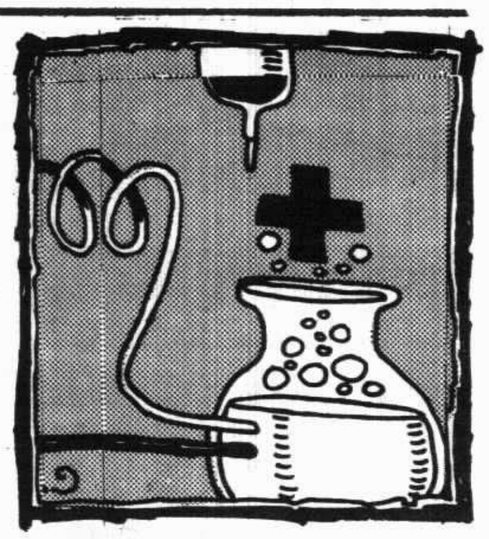
A proposta define, ainda, que o BNDES destinará no mínimo 10% dos recursos do PIS/PASEP para o financiamento de projetos de investimento no setor saúde apresentados pelo setor público; que no prazo de cinco anos a partir da publicação da lei, o total dos valores alocados ao SUS deverá atingir 8% do PIB medido no último exercício encerrado.

POLITICA NACIONAL DE SAUDE

GRUPO DE TRABALHO

■ CIENCIA E TECNOLOGIA EM SAUDE

Sistema único terá política clara para Ciência e Tecnologia



O binômio ciência e tecnologia é indissociável, exigindo a observação da continuidade entre pesquisa básica e aplicada, conhecimento científico e aplicações tecnológicas, sobretudo em saúde. A definição faz parte do relatório do grupo de trabalho sobre ciência e tecnologia em saúde, que definiu quatro setores como fundamentais para que o país ultrapasse as deficiências hoje verificadas: educação, indústria e comércio, ciência e tecnologia e saúde.

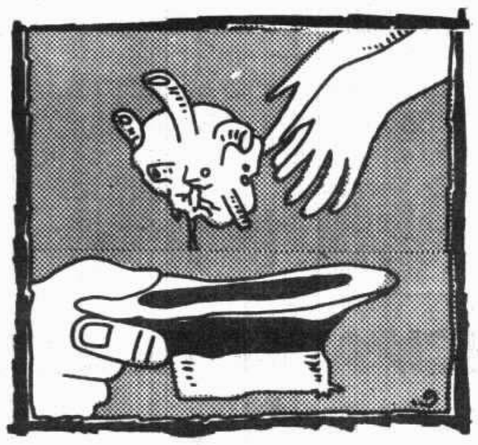
Segundo o grupo de trabalho, atualmente o "sistema" de Ciência e Tecnologia em Saúde não se desenvolve de forma harmônica, a nível da produção, financiamento e utilização do conhecimento produzido. O SUS deve viabilizar a produção de conhecimento que conduza a novas e melhores práticas em saúde e a transformação de conhecimento básico em insumos e tecnologia para o setor, através da participação do Ministério da Saúde na coordenação da instância formuladora da política de Ciência e Tecnologia em Saúde.

O grupo considerou que os medicamentos devem ser entendidos como insumos essenciais à execução das ações de saúde, devendo a Central de Medicamentos (Ceme) assumir a formulação da política de assistência farmacêutica, incluindo as etapas de produção, distribuição, controle e acesso da população aos produtos, participando da formulação da política de desenvolvimento tecnológico.

O grupo discutiu, ainda uma política nacional de equipamentos visando a superação do caos e da falta de regulamentação com que este insumo é tratado hoje. E concluiu que a importação de insumos, o monopólio estatal na produção de insumos estratégicos e a transferência de tecnologia devem pautar-se nos princípios de garantia da oferta dos produtos à população e na preservação da soberania nacional.

■ TRANSPLANTE DE ORGÃOS

Impasse em relação ao Projeto Mosconi



A retirada de órgãos para fins terapêuticos e científicos só deverá ser realizada precedida de exame que constate com absoluta certeza a morte encefálica do paciente, que deverá ser atestada por dois médicos que não pertençam à equipe de transplante, cujos dados clínicos deverão estar acrescidos de pelo menos um exame subsidiário e comprobatório. Esta é uma das principais conclusões do relatório do grupo de trabalho que discutiu a questão dos transplantes de órgãos na futura lei orgânica da saúde. Foi aprovado que a retirada e o transplante de órgãos deverão ser realizados em hospitais credenciados pelo Ministério da Saúde e que, de acordo com o Código de Ética Médica, fica a cargo das equipes que cuidam da retirada e do transplante explicar ao doador ou a seu responsável legal, assim como ao receptor, em termos compreensíveis, os riscos de exames, cirurgias e outros procedimentos envolvidos na operação.

O grupo não chegou a uma proposta consensual em relação à polêmica criada pela proposta do Deputado Carlos Mosconi (PSDB-MG), que em seu artigo 3º inverte a legislação atual, onde o doador deve ir à instituição determinada e oferecer seus órgãos. (Ver matéria sobre mesa-redonda à página 8).

Por fim, o grupo aprovou a destinação de uma verba específica do SUS para uma ampla campanha publicitária de esclarecimento à população quanto à importância de se aumentar o número de doadores de órgãos.

O relatório final do grupo de trabalho sobre sangue e derivados foi fraco e pouco concludente. Segundo o documento, "não houve a mínima possibilidade de se chegar a um texto final após o grupo debater o projeto apresentado pelo Núcleo de Estudos em Saúde Pública da UnB e o da Divisão Nacional de Sangue e Hemoderivados do Ministério da Saúde (Dinashe), particularmente quanto ao prazo de cinco anos para que o serviço de sangue seja totalmente estatizado, como propõe o texto da UnB".

■ SAÚDE DO TRABALHADOR

SUS vai identificar onde mora o perigo

O grupo que debateu a saúde do trabalhador concluiu que compete ao Sistema Único de Saúde (SUS) a assistência ao cidadão com ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde, além da promoção das ações de vigilância e de orientação alimentar e nutricional.

Para ele, as ações de vigilância sanitária são um conjunto capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde, devendo intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens, além da prestação de serviços, abrangendo desde o controle de bens de consumo que direta ou indiretamente se relacionem com a saúde até o controle da prestação de serviços que mantenham a mesma relação.

Já as ações de vigilância epidemiológica são consideradas um conjunto que proporciona o conhecimento, detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual ou coletiva, tendo como finalidade recomendar e adotar medidas de prevenção e controle de doenças ou agravos à saúde.

As ações de saúde do trabalhador, por sua vez, são um conjunto que visa a promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde dos indivíduos submetidos a riscos e agravos advindos de condições e processos de trabalho e que abrange a assistência ao trabalhador vítima de acidente ou portador de doença profissional e do trabalho; o estudo, pesquisa, avaliação e controle dos riscos e agravos potenciais à saúde no trabalho; a normatização, fiscalização e controle da produção, extração, armazenamento, transporte, distribuição e manuseio de substâncias, produtos, máquinas e equipamentos que apresentam riscos à segurança e à saúde do trabalhador.

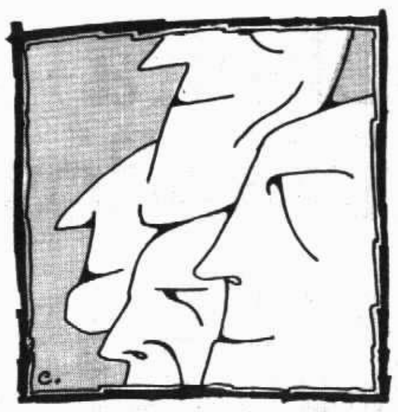
Segundo o relatório, caberá à União definir normas gerais de controle dos ambientes de trabalho, a formulação, coordenação da execução e a avaliação da política de segurança e saúde do trabalhador. Já os estados normatizarão, coordenarão e executarão, articulados com os municípios, as ações de controle e fiscalização dos ambientes de trabalho, bem como as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, além de executarem a política de assistência à saúde do trabalhador, incluindo o desenvolvimento de pesquisas, formação de recursos humanos, laboratórios e serviços especializados; enquanto os municípios realizariam a normatização supletiva, a assistência à saúde do trabalhador, a gestão e a execução das ações de saúde do trabalhador e de vigilância sanitária e epidemiológica.

■ RECURSOS HUMANOS

Plano de carreira a nível nacional

O Sistema Único de Saúde (SUS) instituirá um plano de carreira único e nacional para todos os servidores do setor público e privado, regido pelos princípios de ingresso somente através de concurso público, implantação de um sistema de progressão por mérito que considere dedicação, tempo de serviço e capacitação, além do desenvolvimento do servidor na carreira mediante programas de capacitação permanente. Esta é uma das principais propostas apresentadas pelo grupo de trabalho que discutiu a polêmica questão dos recursos humanos no SUS, que definiu, ainda, que os cargos de direção, chefia e supervisão serão exclusivos dos servidores de carreira e que é vedada a acumulação de emprego dos profissionais de saúde nas instituições públicas e nas privadas contratados pelo SUS.

De acordo com o relatório do grupo de trabalho, os pisos salariais deverão ser fixados por níveis de escolaridade (elementar, médio e universitário), obedecendo-se ao princípio da isonomia e o critério de que o menor piso salarial



não poderá ser inferior a um terço do maior. O plano de cargos e carreiras deve ser implantado no prazo máximo de um ano, contado a partir da promulgação da lei do SUS, dia em que passará a ser proibida a acumulação de empregos pelos profissionais que ingressam no SUS.

O grupo propôs a criação de um Serviço Social Remunerado, para suprir de profissionais de saúde os municípios que ainda não dispõem de assistência.

SIMPOSIO SOBRE PREVIDENCIA SOCIAL

Na futura lei, uma saída para a crise

"Não há democracia sem uma previdência social que dê tranqüilidade aos cidadãos". Esta afirmação do deputado Jorge Uequed (PMDB-RS), coordenador e relator geral do I Simpósio Nacional sobre Previdência Social, traduz a tônica dos discursos de abertura do encontro promovido pela Comissão de Saúde, Previdência e Assistência Social da Câmara dos Deputados, em busca de subsídios para a elaboração e votação da legislação complementar da Seguridade Social. Participaram do Simpósio representantes de trabalhadores, empresários, aposentados e pensionistas, além de parlamentares e técnicos do Governo.

"Benefícios, Organização e Gestão da Previdência Social" foi o tema da primeira mesa-redonda e da exposição do presidente do INPS, Antônio Timóteo dos Anjos Sobrinho. Ele afirmou que o cumprimento do texto constitucional vai obrigar a Previdência a pagar, a partir de junho, NCz$ 1,3 bilhão mensais aos seus quase 12 milhões de beneficiários.

Representando a Confederação Nacional da Indústria, o procurador geral do Sesi, José Antunes de Carvalho, defendeu a criação de mecanismos na legislação complementar que fixem competências, a nível de estados e municípios, para a prestação da previdência e assistência social, "descentralizando não só a prestação dos serviços, mas também a própria maneira de gerir a Previdência Social".

O advogado previdenciário César Dias Neto se referiu às preocupações do presidente do INPS afirmando que desde a sua criação o Instituto permanece discutindo a questão financeira, "embora este não seja o debate mais importante". Citando a Constituição, lembrou: "se estamos tratando de um direito de cidadania, não podemos vinculá-lo à questão de suficiência financeira".

Divo do Canto, presidente da Federação dos Aposentados do Rio Grande do Sul e vice-presidente da Confederação Nacional dos Aposentados e Pensionistas, afirmou que a reposição salarial não traz a redenção econômica do aposentado, como tem sido propagandeado, mas apenas a recomposição do mínimo necessário. Denunciou os atrasos de pagamento e a constatação, durante um congresso latino-americano realizado em Caracas, em 1987, que os brasileiros são os que têm menor ganho em sua aposentadoria. Finalizou defendendo a participação da sociedade, via entidades organizadas, na administração da Previdência.

A segunda mesa-redonda — "Fontes de Custeio de Previdência Social" — foi iniciada com a exposição do secretário de estatísticas e atuária do Ministério da Previdência e Assistência Social, Ricardo Milton Frischtak. Ele apresentou números, gráficos e projeções para o ano 2.000, se mostrando preocupado com o alargamento da faxia idosa da população, o crescimento maior de beneficiários que o dos contribuintes e a retração da folha de contribuição por possíveis períodos de recessão. O advogado previdenciário Aníbal Fernandes criticou o Estado por subsidiar grupos empresariais envolvidos em irregularidades e não participar decisivamente do custeio da Previdência: "não adianta aumentar alíquotas, criar tributos sobre lucro e faturamento, se a União simplesmente toma o dinheiro da previdência".

FOTO ADIRP

Segundo Delile Guerra de Macedo, 83% dos aposentados e pensionistas da Previdência ganham apenas um piso salarial.

José Calixto, presidente da Confederação Nacional dos Trabalhadores na Indústria, considerou "desumano" aumentar os valores de contribuição para os trabalhadores e defendeu a busca de novas fontes de custeio, como a legalização e taxação do jogo do bicho e dos cassinos.

Para o presidente da Confederação Nacional dos Aposentados e Pensionistas, Oswaldo Lourenço, "o texto moderno da Constituição nada mais é do que a reposição daquilo que os trabalhadores conquistaram há 30 anos e nos foi roubado pela ditadura".

A situação dos aposentados e pensionistas foi analisada no terceiro dia de debates pelo secretário geral do Ministério da Previdência, Delile Guerra de Macedo. Segundo ele, 94% dos aposentados e pensionistas do país ganham menos de três pisos salariais e os que ganham apenas um piso ou ainda menos chegam a 83%. "E quando se examina a assistência que recebem do INPS", disse Delile, "verificamos que, além do achatamento nos reajustes de suas pensões ao longo dos anos, há demora na concessão de pensões e um mal atendimento do usuário provocado, principalmente, por um profundo clientelismo e nepotismo na indicação de cargos na Previdência Social".

Ele falou das dificuldades de financiamento da Previdência e atribuiu seu déficit às dificuldades de crescimento econômico, do mercado de trabalho e da remuneração dos trabalhadores.

As origens do déficit apontadas por Delile de Macedo foram contestadas pelo presidente do Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Sócio-Econômicos (Dieese), Joel Alves de Oliveira, que atribuiu aos desmandos existentes na Previdência a situação de "penúria" do sistema: "o que a gente vê são entidades que não contribuem, apesar de dever não pagam, empresas que lesam a Previdência e fiscalizações que fazem vista grossa à essa realidade toda".

O PORQUÊ DO DÉFICIT

Apesar da diversidade de temas aprofundados durante os debates do I Simpósio Nacional dobre Previdência Social, o fato que mais repercutiu na opinião pública, naquela semana, foi o anúncio pelo Ministro Jader Barbalho da existência de um déficit na Previdência de NCz$ 9 bilhões, provocados "pela concessão dos novos benefícios instituídos pela Constituição e a elevação do piso salarial mínimo pelo Congresso". Baseado nestes argumentos, o Presidente da República baixou, na semana seguinte, Medida Provisória que, entre outras providências, aumentava o índice das contribuições de empregados e empregadores. No decorrer do Simpósio, porém, representantes de diversos setores da sociedade fizeram denúncias que levam a outras explicações para esta situação.

Por representar, talvez, a mais significativa poupança no País, a Previdência tem sido tratada, historicamente, como a "galinha dos ovos de ouro" do sistema, como lembra o advogado previdenciário Aníbal Fernandes. "O doutor Getúlio utilizou dinheiro da previdência para construir a usina de Volta Redonda; a carteira de crédito agrícola do Banco do Brasil indicou como contribuintes obrigatórios os institutos e as caixas de aposentadoria; nosso querido Juscelino usou o dinheiro da previdência para construir Brasília; nosso último imperador mandou as reservas da Previdência lá para Itaipú e hoje, a União não repassa o que nos deve, porque está com as veias abertas para pagar a dívida externa."

No capítulo da sonegação, o secretário de estatística e atuaria do Ministério da Previdência, Ricardo Frischtak, calcula em 25% o nível de sonegação das empresas nas contribuições sobre a folha de salários. Este índice chegaria a 30% na estimativa de outros técnicos presentes ao encontro. Isto entre as empresas com seus trabalhadores registrados. Fora deste universo estão pelo menos 42% dos trabalhadores brasileiros, que nem carteira assinada têm, segundo dados do IBGE citados pelo próprio secretário geral do Ministério, Delile de Macedo.

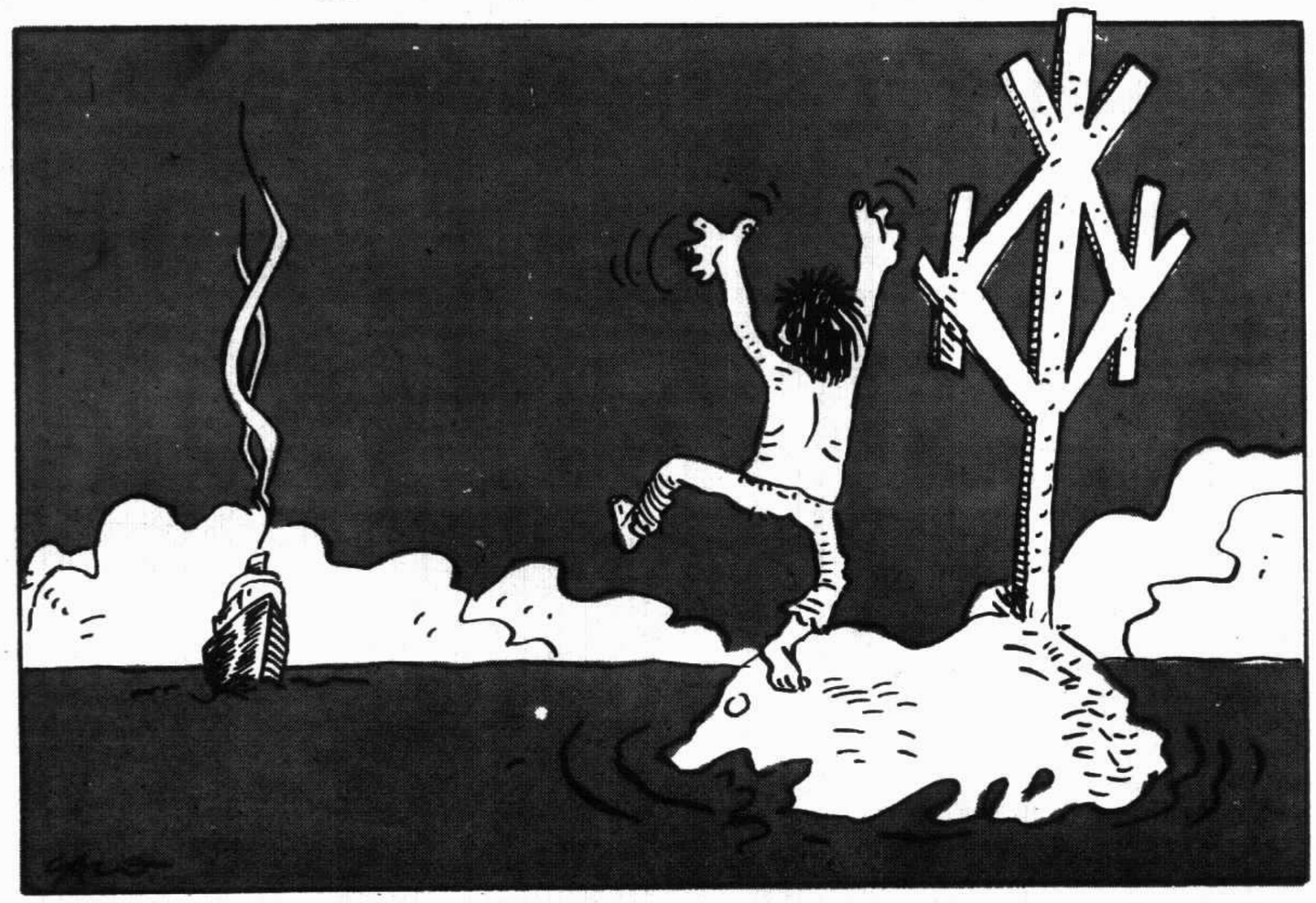
Além da sonegação por falta de registro de empregados, outros fatores que reduzem a receita previdenciária foram apontados pelo presidente da Associação Nacional de Fiscais de Constribuição Previdenciária (Anfip), Marville Taffarel, e que constam da Carta de Brasília, documento que expressa as conclusões do Simpósio Nacional do Custeio da Seguridade Social:

- Inadimplência expressiva no recolhimento das constribuições;
- Redução drástica dos repasses da União à Previdência Social, fugindo aos compromissos legais a que está obrigada. Como exemplo, em 1988 o Governo Federal repassou apenas NCz$ 13 milhões dos NCz$ 695 milhões que devia ao sistema previdenciário. Segundo estimativas mais conservadoras, a dívida da União para com o Sinpas, a partir de 1967, chega hoje à astronômica cifra de US$ 23 bilhões.
- Estruturas de fiscalização e arrecadação artesanais e ineficientes.
- Sistema de processamento de dados incapaz de atender às mais simples necessidades de controle da área arrecadacional.
- Enormes organizações preparadas eficientemente para a prática de processos fraudulentos, sem que existam procedimentos administrativos capazes de combatê-los eficazmente.
- Reduzido quadro de fiscais de contribuições previdenciárias.

PROPOSTA
Jornal da Reforma Sanitária

SIMPÓSIO SOBRE PREVIDÊNCIA SOCIAL

O programa para salvar a Previdência



A gestão democrática da Previdência Social, suas fontes de custeio e o valor das aposentadorias, pensões, auxílio-acidente e doenças do trabalho foram alguns dos temas discutidos nos grupos de trabalho durante o Simpósio. Diversas moções relativas a estes temas foram apresentadas pelos participantes e aprovadas, através de votação, para serem encaminhadas pela Comissão de Saúde, Previdência e Assistência Social, no processo de formulação das leis complementares à Constituição:

• "Inserir no texto do Projeto de Lei a obrigatoriedade de participação da União de forma igualitária com os empregados e empregados. À União competirá verter contribuição previdenciária na mesma proporção das empresas e empregados.

Competirá ainda à União cobrir as insuficiências financeiras dos planos de benefícios e assistenciais".

• "São auto-executáveis o parágrafo 3º do Artigo 201 e o **Caput** do Art. 202 da Constituição (que tratam, respectivamente, da proteção à maternidade e à gestante e do cálculo da aposentadoria baseado na média dos 36 últimos salários de contribuição, corrigidos monetariamente).

Os efeitos da Lei deverão retroagir até o dia cinco de outubro de 1988 (...)".

• "As aposentadorias, salvo a por invalidez, terão o início do benefício fixado na data do requerimento".

• "Haverá dois Institutos distintos na Seguridade Social: Instituto Nacional da Previdência Social e o Instituto Nacional da Assistência Social". O INPS será dirigido e fiscalizados por conselhos nacionais integrados por representantes eleitos das empresas, trabalhadores, aposentados e pensionistas e do funcionalismo, além dos indicados pelo Governo Federal. (...)

• "Adotar no custeio dos encargos dos acidentes de trabalho, a cargo exclusivo da empresa, alíquotas diferenciadas (...) dependendo do grau de risco de acidentes da empresa".

• "Deve ser estatizado o seguro obrigatório sobre veículos auto-motores".

• "No caso de acidente ou doença do trabalho, onde haja perda total ou parcial, a empresa deverá complementar a sua pensão até o seu falecimento".

• "A Comunicação do Acidente de Trabalho é obrigatória, seja pela empresa, seja pelo médico, seja pelo acidentado ou familiar, seja pelo sindicato ou qualquer autoridade pública. Igualmente é obrigatória a participação da Previdência Social na Fiscalização dos dispositivos de segurança e higiene do trabalho".

• "Que as alíquotas de incidência de custeio sejam definidas de forma precisa, evitando-se a redação da atual Lei de Previdência Social" (onde há casos em que é estabelecido apenas o limite máximo da alíquota).

• "Que as cotas ou tributos arrecadados a título de Previdência sejam de fato repassados à Previdência Social e não agregados ao Caixa Único do Tesouro Nacional".

• Que as contribuições devidas pela empresas sobre seu faturamento bruto tenham como base de incidência o valor desse faturamento, dele deduzido o montante do salário de contribuição de seus empregados".

• "Que seja responsabilizada criminalmente a autoridade que não recolher à Previdência Social as contribuições a ela destinadas".

• "Garantir a participação dos trabalhadores na gestão da Previdência Social".

• "Que a revisão dos proventos, quando houver perdas, seja igual à dos trabalhadores na ativa".

• "Manter em 20 salários mínimos o limite máximo de referência para as contribuições dos previdenciários".

• "Utilizar para o salário benefício o mesmo critério do teto de 20 salários mínimos".

• "Não constar na futura Lei qualquer restrição à idade para aposentadoria por invalidez".

• "Substituir no texto da Lei a expressão benefícios por direitos previdenciários".

• "Garantir informação aos previdenciários sobre estes direitos".

COMUNIQUE-SE COM O PROJETO RADIS

Para entrar em contato com o PROJETO RADIS e fazer sua assinatura inteiramente grátis, escreva para a Av. Brasil, 4036/salas 509/511/513/515 — CEP 21.040 — Manguinhos — Rio de Janeiro — Tel.: (021) 260-7979.

REMETENTE:

Fundação Oswaldo Cruz
PROJETO RADIS
Av. Brasil, 4.036/sala 515
21.040 — Manguinhos
Rio de Janeiro — RJ

PORTE PAGO
DR/RJ

ISR — 52.1290/87

IMPRESSO